FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965.

THÈSE

N° 549

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Philippe, Georges, Jean LAWSON

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 26 juillet 1937 à SAINT-DENIS de la Réunion

Présentée et soutenue publiquement le

LES METASTASES OSSEUSES DU CANCER DE L'OESOPHAGE

Président : M. Claude OLIVIER, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965. **THÈSE** N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Philippe, Georges, Jean LAWSON

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 26 juillet 1937 à SAINT-DENIS de la Réunion

Présentée et soutenue publiquement le

LES METASTASES OSSEUSES DU CANCER DE L'OESOPHAGE

Président : M. Claude OLIVIER, ***Professeur***

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN	Gaston CORDIER.
1er ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR	Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Broussais	LENÈGRE (J.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C.) pr. s. ch. TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE — BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Docteur Claude OLIVIER

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des hôpitaux
Directeur du Centre des Tumeurs de
l'hôpital Tenon.

qui m'a fait le très grand honneur de
présider ma thèse,

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de ma respectueuse re-
connaissance.

A Monsieur le Docteur Charles PROUX,

Electro-Radiologiste des Hôpitaux
Chef de Service du Centre des Tumeurs de
l'Hôpital Tenon

Qu'il veuille bien trouver ici un
témoignage de ma respectueuse
admiration.

A Monsieur le Docteur Jean-Pierre MABILLE,

Assistant du Centre des Tumeurs de
l'hôpital Tenon

Chef de clinique à la Faculté

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
et qui m'a apporté, grâce à sa haute cul-
ture scientifique, une aide inestimable
dans la réalisation de ce travail.

Je ne saurais lui en remercier suffisamment.

A mon Père

A ma Femme

LES METASTASES OSSEUSES DU CANCER DE L'OESOPHAGE

oOo

INTRODUCTION

Les métastases osseuses du cancer de l'oesophage sont rares.

Certes, au début, leur existence même fut contestée par certains auteurs ; d'autres, au contraire, l'estimèrent exceptionnelle. En 1908, SAMAJA, sur 417 cancers de l'oesophage, relevait 160 métastases, dont aucune n'était osseuse.

Vers 1920, les observations sont devenues plus nombreuses dans la littérature mondiale. Les premières thèses françaises, relatives à ce sujet, datent de 1935 et 1936 : celles de RENTY à Nancy, de NOUAILLE à Lyon et de ZAJTMAN à Paris.

Les malades meurent, en règle générale, de leur tumeur primitive : car, le cancer de l'oesophage tue vite, du moins à partir de la date du premier symptôme. Ce dernier, généralement la dysphagie, alerte encore trop tard le patient, quand elle se limite à une simple gêne à la déglutition des solides. C'est dire à quel point, la première consultation a lieu à un stade déjà trop tardif.

On admet d'ailleurs que la plus grande partie de l'évolution du cancer de l'oesophage (les 3/4 pour MARQUES) est latente cliniquement cette hypothèse se conçoit aisément, lorsqu'on se rappelle que la tumeur oesophagienne se développe au niveau d'une région souple et extensible.

Mais, une fois la symptômatologie clinique installée, l'évolution devient extrêmement rapide : elle n'excède pas un an en moyenne (11 mois, dans notre statistique), et ne dépasse guère 2 ans. En conséquence, la plupart des malades n'ont pas le temps de développer des métastases, notamment osseuses.

Cependant, grâce aux progrès thérapeutiques actuels (Chirurgie, Radiothérapie, Réanimation) conjugués à une meilleure connaissance de la diététique, certains malades bénéficient d'une plus longue survie, de nos jours. D'autre part, les examens radiologiques, que l'on réclame de plus en plus souvent, font parfois découvrir des métastases insoupçonnées. L'existence des métastases osseuses n'est donc plus contestée, mais leur nombre demeure néanmoins suffisamment faible pour justifier notre étude.

Nous nous proposons de relater 15 observations du Centre des Tumeurs de l'Hôpital Tenon, entre 1950 et 1964. L'une d'elles nous a été confiée gracieusement par le Docteur ROUQUES, que nous remercions ici sincèrement.

oOo

CHAPITRE I

AGE ET SEXE

La moyenne d'âge de nos malades et la médiane sont de 56 ans. Les âges extrèmes sont 48 et 64 ans. Il s'agit là des chiffres habituels pour cette localisation néoplasique.

Nos 15 observations intéressent exclusivement des sujets de sexe masculin. On sait que le cancer de l'oesophage a une forte prédilection pour l'homme, puisque l'on compte une femme atteinte pour 8 à 9 hommes. Dans toute la littérature que nous avons dépouillée, nous n'avons trouvé qu'un seul cas féminin de cancer de l'oesophage avec métastases osseuses, celui de WOHL et Collaborateurs. Ceci peut paraître surprenant, puisque l'on sait que la survie des femmes atteintes de ce cancer est notamment plus longue que celle des hommes. On verra, en effet, que les métastases se développent surtout en cas d'évolution prolongée, soit spontanément, soit grâce à la thérapeutique.

Cependant, dans la thèse de DASSONVILLE-SERCY, on peut relever 3 cas d'atteinte chez les femmes, sur 35 observations.

oOo

CHAPITRE II

SIEGE ET VOLUME DE LA TUMEUR PRIMITIVE

Le tableau suivant donne la répartition des métastases osseuses, en fonction du siège de la tumeur primitive :

Siège de la Tumeur primitive		Localisations osseuses
oesophage thoracique	1/3 Supérieur	1
	1/3 Moyen	11
	1/3 Inférieur	1
oesophage abdominal		2

Il n'existe aucun cas de localisation cervicale. La majorité de nos malades avaient donc un siège thoracique moyen. Nos chiffres concordent avec ceux avancés par MARQUES et ses collaborateurs, dans une étude récente : 7 cancers de l'oesophage sur 10 ayant donné des métastases osseuses se situent au 1/3 moyen. Ces auteurs supposent qu'à cet endroit, les traumatismes, en particulier les mouvements transmis par la toux à l'oesophage, constituent un facteur de dissémination à distance.

Il faut peut-être aussi voir là le recrutement un peu différent des Centres Anti-Cancéreux, auquels sont confiés les malades présentant des localisations thoraciques hautes et moyennes.

En effet, DORMANNS, dans une étude anatomique portant sur 824 cas, donne les chiffres suivants :

Siège de la tumeur primitive.	Nombre de cancers oesophagiens	Nombre de métastases osseuses	% selon le siège
1/3 Supérieur	121	11	9 %
1/3 Moyen	418	31	7 %
1/3 Inférieur	285	26	9 %
Total	824	68	8 %

NEUBERGER aboutit également à la même conclusion. Selon cet auteur, "le tiers moyen, qui est comme le tiers supérieur entouré d'un réseau lymphatique riche (ce qui explique à ce niveau la fréquence des métastases lymphatiques régionales) est au contraire drainé par un plexus veineux beaucoup moins dense que les tiers supérieur et inférieur. La rareté avec laquelle il métastase au loin est peut-être due au fait qu'il entretient avec la circulation générale des rapports moins étroits que les segments voisins".

Le siège de la tumeur primitive n'influe pas sur la fréquence des métastases osseuses. Mais, elles sont, en chiffres absolus, plus nombreuses dans la localisation thoracique moyenne, puisque les 2/3 du matériel de cette étude sont constitués par des cancers du 1/3 moyen.

Le volume de la tumeur primitive ne semble pas jouer un rôle déterminant dans la dissémination à distance, car les métastases osseuses existent aussi bien dans les néoplasmes de grande taille que dans ceux de petit volume. C'est notamment le cas, très rare il est vrai, des métastases osseuses révélant le cancer de l'oesophage.

oOo

CHAPITRE III

FREQUENCE DES METASTASES OSSEUSES

I - Fréquence des métastases osseuses, dans le cadre du cancer de l'oesophage.

Lorsqu'on examine l'ensemble des cancers, le pourcentage des métastases à distance, retrouvées à l'autopsie, se répartit pour SCHINZ comme suit :

33 % de métastases hépatiques
20 % de métastases pulmonaires
10 % de métastases osseuses.

Toutefois, pour le cancer de l'oesophage, le taux d'atteinte osseuse semble sensiblement inférieur : il oscille entre 6 à 10 %, lors des vérifications anatomiques. Selon WALTHER, il arrive au 8e rang dans les cancers ostéophiles :

Cancers du sein	: 47, 2 %
Cancers de la prostate	: 42, 4 %
Cancers de la thyroïde	: 30, 8 %
Cancers du poumon	: 29, 8 %
Cancers de l'utérus	: 20, 6 %
Cancers du rein	: 19, 5 %
Cancers de la peau	: 14, 6 %
Cancers de l'oesophage	: 10, 3 %

MUHLER de Bâle, sur 101 cancers de l'oesophage, retrouve à l'autopsie 7 localisations osseuses, soit un pourcentage de 6,93 %. KLEIN trouve 7 %.

En outre, lorsque le diagnostic est porté au stade clinique, à l'aide des radiographies, on ne compte que 2 à 5 % de métastases osseuses :

TAQUINO, JOSEPH	: 2,07 %
BRETTE & Coll.	: 2,5 %
STEIN	: 2,94 %
SABAZES	: 3 %
NEUBERGER	: 3,3 %
MARQUES & Coll.	: 3,63 %
PAPILLON et GOYON	: 4 %
WALTER	: 9 %

D'ailleurs, on sait, depuis les travaux de WALTHER, que 36 % des métastases osseuses sont identifiées durant la vie.

D'une manière générale, plus de 5 % des métastases osseuses sont découvertes post-mortem, et moins de 5% sont identifiées durant la vie.

Au Centre de Tenon, 15 cas de métastases osseuses ont été découverts cliniquement, sur 708 cancers de l'oesophage, inscrits de 1950 à ce jour : soit, 2,12 %.

II - Fréquence des métastases osseuses, par rapport aux autres métastases du cancer de l'oesophage.

Au point de vue nécropsique, si l'on considère tous les cancers avec métastases à distance, à l'exclusion des adénopathies, les lésions osseuses occupent la 3e place :

46 % de métastases hépatiques
32 % de métastases pulmonaires
19 % de métastases osseuses

Ce qui signifie qu'un sujet sur 5, en général, souffrant de métastases cancéreuses, présente des localisations osseuses.

Pour l'oesophage, il demeure encore exact que les localisations osseuses arrivent après les atteintes hépatiques et pulmonaires. Mais, la proportion est plus faible :
- DORMANS donne la répartition suivante des métastases à distance sur 824 cas autopsiés : 264 métastases hépatiques (32 %) ; 176 métastases pleuro-pulmonaires (21 %) ; 68 métastases osseuses (8 %) ; 59 métastases rénales.

- KLEIN retrouve, à l'autopsie, 18 métastases osseuses sur 170 métastases du cancer de l'oesophage (soit un peu plus de 10 %).

- WOHL dénombre 62 métastases hépatiques, 20 pulmonaires, 19 rénales et 10 osseuses.

On peut en conclure, que les métastases osseuses du cancer de l'oesophage sont deux fois moins nombreuses que dans la moyenne de tous les cancers. En d'autres termes, un cancéreux de l'oesophage sur 10, ayant des métastases, offre des métastases osseuses latentes ou patentes.

oOo

CHAPITRE IV

SIEGE DES METASTASES OSSEUSES

Nous avons tenté de grouper le plus grand nombre de métastases osseuses du cancer de l'oesophage, que nous avons étudiées dans la littérature (MARQUES et coll., BRETTE et Coll., DESJACQUES et MOUNIERKUHN ; CREYSSEL, de MOURGUES, RICARD et SCHNEPP ; WOHL et Coll. ; LAINE, LEGRAND et ROUCOU ; FONTAINE, WARTER, LANG ; AUBIN, EBSTEIN et NEVEU ; SCHINZ...), afin de déterminer un classement par ordre de fréquence :

Rachis	: 10 cas
Crâne	: 8 cas
Côtes	: 6 cas
Tibia	: 6 cas
Sternum	: 4 cas
Fémur	: 4 cas
Bassin	: 4 cas
Clavicule	: 3 cas
Cubitus	: 3 cas
Maxillaire inf.	: 3 cas
Omoplate	: 2 cas

Nos observations diffèrent sensiblement du tableau précédent, avec :

Rachis	: 4 cas
Côtes	: 3 cas
Bassin	: 3 cas
Crâne	: 2 cas
Fémur	: 2 cas
Tibia	: 1 cas
Rotule	: 1 cas
Clavicule	: 1 cas
Cubitus	: 1 cas

Ainsi, comme le fait justement remarquer FAUVET, les localisations osseuses ne s'observent pas partout dans l'organisme, mais siègent essentiellement au rachis, dans les os du bassin et du crâne, aux côtes, aux fémurs et humérus. Ceci est vrai, aussi bien pour les cancers en général, que pour les tumeurs malignes de l'oesophage.

Les deux listes, que nous venons de reproduire, affirment que la colonne vertébrale occupe la place d'honneur, conformément à la tradition de tous les cancers ostéophiles. Sans doute, les métastases rachidiennes sont-elles mieux dépistées, grâce à l'apparition précoce des rachialgies. Remarquons que notre série ne comporte que des formes monovertébrales (observations N° 5, 6, 10 et 15). Les aspects pluri-vertébraux sont rarissismes.

Puis, vient le crâne. Notre série ne comporte que deux cas. Selon les travaux de WALTHER, la métastase crânienne, lorsqu'elle sembre solitaire, est confondue avec une loupe du cuir chevelu, une tumeur primitive de la voûte crânienne, ou passe inaperçue.

Les métastases costales sont facilement diagnostiquées à la radiographie, lorsqu'elles siègent sur les arcs antérieur et postérieur. Leur situation privilégiée sur un cliché thoracique de face en fournit une explication ; en tout cas, aucune métastase localisée à l'arc moyen ne nous est connue. Elles sont, en règle, latentes et découvertes alors par un examen radiologique systématique : ce que nous verrons dans notre observation N° 1.

Selon certains, il est difficile de démontrer l'existence de métastases au niveau du manubrium, tant que les lésions demeurent encore limitées. Nos malades n'ont présenté aucune localisation sternale.

Dans le cancer de l'oesophage, le fémur est moins souvent touché que dans l'ensemble des cancers ostéophiles, où il se classe immédiatement après l'atteinte vertébrale, pour SCHINZ. Néanmoins, quand on additionne les métastases du fémur à celles du tibia, leur nombre devient égal à celui des localisations vertébrales. En ce qui concerne le fémur, contrairement à ce que l'on observe en général, le col fémoral a été épargné dans nos observations personnelles.

Les métastases du bassin, dans leur forme mixte, débute en règle au voisinage immédiat de l'acétabulum (Observation N° 9). Les localisations pubiennes sont reconnues particulièrement tôt, écrit SCHINZ. (obser. N° 2).

Par contre, le cancer de l'oesophage épargne un certain nombre d'os : ce sont, surtout, les extrêmités des membres.

oOo

CHAPITRE V

MODE DE PROPAGATION

Il convient de distinguer, dans les lésions osseuses du cancer de l'oesophage, 2 variétés :

1 - L'atteinte de l'os par contiguité : la tumeur primitive ou ses adénopathies envahissent l'os de proche en proche.

2 - La métastase vraie : les embols veineux empruntent la voie sanguine pour coloniser une autre partie de l'organisme.

Le premier processus est beaucoup plus rare que le second, mais existe néanmoins. Il est pratiquement impossible de fournir la démonstration d'un envahissement direct de l'os, sans preuve nécropsique.

On sait que les veines oesophagiennes sont largement anastomosées entre elles, de la sous-muqueuse à la surface externe de l'organe, établissant une importante anastomose porto-cave. Elles se déversent, en effet, en haut dans le système cave par les veines thyroïdiennes inférieures, azygos et diaphragmatiques, en bas dans la veine porte par la veine coronaire stomachique. Les travaux de BOSTON ont montré l'importance des anastomoses du système azygos avec les veines vertébrales. Cette particularité explique, pour certains, la fréquence des métastases rachidiennes.

Cependant, certains auteurs, comme Lucien MALLET, tout en ne niant pas l'existence de la dissémination sanguine, affirment que les cancers digestifs métastasent le plus souvent par voie lymphatique.

oOo

CHAPITRE VI

DELAI D'APPARITION DES METASTASES OSSEUSES

Ici une difficulté surgit : il n'est pas toujours aisé de faire préciser au malade la date exacte des premièrs symptomes oesophagiens.

I - Les métastases osseuses révélatrices du cancer de l'oesophage

Elles sont extrêmement rares. En effet, le cancer de l'oesophage se révèle, dans l'immense majorité des cas, par une dysphagie : pour JACKSON, dans 649 cas sur 671. Des douleurs thoraciques, une dysphonie, une sialhorée, de la toux, de la fièvre sont déjà des signes plus rares, et en général associés.

Néanmoins, nous avons trouvé dans la littérature quelques cas de métastases osseuses révélatrices. Elles doivent être considérées comme des curiosités.

1) BRETTE et Collaborateurs : Métastases au coude droit en Avril 1957 ; la dysphagie est apparue, 1 à 2 mois après.

2) DESJACQUES et MOUNIER-KUHN, dans "Lyon Chirurgical", décrivent un malade porteur d'une tuméfaction claviculaire gauche, en Avril 1951 ; quelques jours après, douleurs à ce niveau. Une biopsie effectuée, le 28 mai 1951, provoque un coup de fouet sur la tumeur primitive : peu de temps après l'intervention, s'installe une dysphagie très importante.

Ces mêmes auteurs signalent que sur 13 cas de métastases osseuses chez le cancéreux de l'oesophage, 7 sont révélateurs de l'affection. Ce chiffre nous paraît bien élevé.

3) CREYSSEL et Collaborateurs ont vu deux malades :
- Chez le premier, apparaissent des douleurs du rachis cervical. Les clichés font discuter l'existence de métastases d'un cancer

indéterminé. On place une Minerve, qui coïncide avec l'apparition de la dysphagie. Le malade meurt, un mois après la survenue des douleurs osseuses.

- L'autre souffre des douleurs du coude droit. On demande des radiographies, qui ne montrent aucune image suspecte. Une 2e série de clichés est pratiquée peu de temps après, et révèle une tumeur maligne ; biopsie osseuse. Celle-ci conduit à un repas baryté, qui ne permet pas de conclure. Mais, d'autres opacifications de l'oesophage, sous incidence oblique et avec baryte en couches minces, ont permis de découvrir la lésion originelle.

4) THOMPSON relate l'observation d'une femme âgée, porteuse de douleurs dorsales, dues à une lésion lytique d'une vertèbre dorsale, objectivée à l'examen radiologique. A l'autopsie, on découvrit un cancer de l'oesophage non soupçonné.

Le diagnostic de métastases osseuses a été aisé, grâce aux radiographies. Il a été confirmé, dans quelques cas, par la biopsie. Par contre, le point de départ n'a, en règle, pas été soupçonné, en l'absence de dysphagie. Il est bien évident que le transit baryté de l'oesophage ne constitue pas le premier examen demandé, en face d'une métastase osseuse sans point de départ cliniquement évident.

Le cancer de l'oesophage doit, néanmoins, entrer dans le diagnostic étiologique des tumeurs osseuses métastatiques, chez l'homme de la cinquantaine, après avoir toutefois éliminé l'existence des cancers ostéophiles classiques.

Les observations que nous rapportons ne comportent pas d'atteinte osseuse révélatrice de l'affection maligne. MARQUES et ses collaborateurs, qui viennent de publier un article relatif à 10 cas de métastases osseuses dans les cancers de l'oesophage, n'ont également pas vu le problème se poser. Nous devons donc, répétons le, considérer ces localisations révélatrices comme exceptionnelles.

II - Métastases osseuses contemporaines des premiers troubles de la déglutition.

Ici, les cas sont plus nombreux. BRETTE et ses collaborateurs citent l'histoire d'un cancer de l'oesophage, dont les premières manifestations ont d'abord été broncho-pulmonaires (Juin 1955), puis à peu près simultanément osseuses et oesophagiennes (Septembre et Octobre 1956), la dysphagie restant au second plan de la scène clinique.

De notre côté, nous possédons 2 exemples sur 15 (Observations N°4 et 5), où les douleurs osseuses et la dysphagie sont apparues simultanément.

III - Métastases osseuses survenant au cours de l'évolution traitée.

C'est la règle générale. Dans nos observations, le diagnostic de métastases osseuses est porté, en moyenne, 8 mois après le premier symptôme clinique de la maladie oesophagienne.

MARQUES et collaborateurs ont exposé, dans leur article de 1953 des "Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition", un cas de cancer de l'oesophage, où les douleurs osseuses, en l'occurence pubiennes, se sont installées 8 mois après l'apparition de la dysphagie.

Le délai est de l'ordre de 6 mois en moyenne, si l'on se base sur les 35 observations publiées dans la thèse de DASSONVILLE-SERCY.

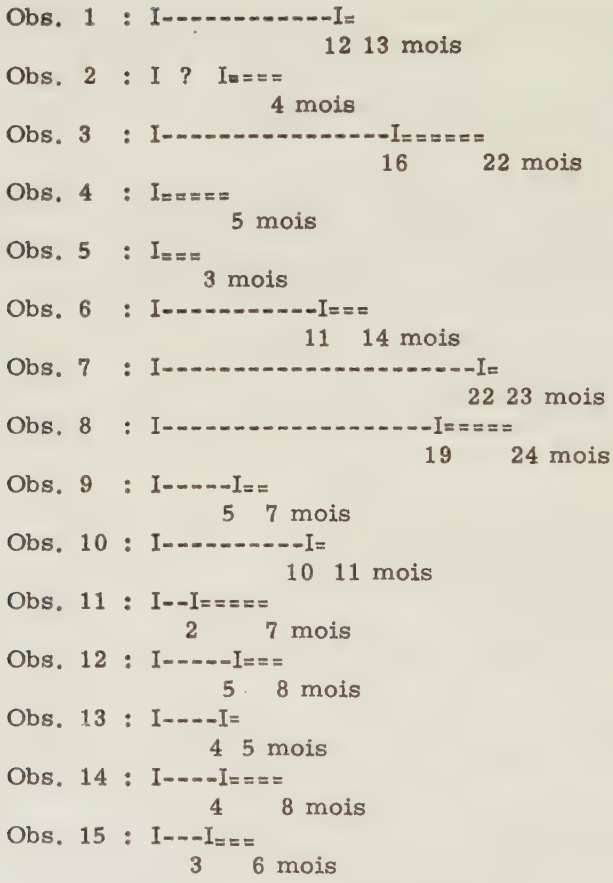
IV - Délai d'apparition des métastases osseuses par rapport au début du traitement.

Peu d'auteurs ont envisagé la question sous cet angle. Là encore, nous devons une fois de plus faire appel aux excellents travaux de MARQUES, basés sur 10 cas : 2 mois 1/2 séparent le début du traitement de la survenue des métastases osseuses.

A l'Hôpital Tenon, ce délai est un peu plus long, de l'ordre de 4 mois 1/2.

oOo

TABLEAU DE DELAI D'APPARITION DES METASTASES OSSEUSES



Légendes : I-...I : durée en mois entre le premier symptôme clinique de la maladie et l'apparition des métastases osseuses.

I=... : durée en mois entre le diagnostic des métastases osseuses et la mort.

CHAPITRE VII

SIGNES CLINIQUES DES METASTASES OSSEUSES

Là, comme pour toute tumeur osseuse, 3 signes révèlent leur existence : douleur, tumeur, fracture pathologique.

Dans 12 cas sur 15, ce sont des douleurs qui ont été le signe révélateur. Leur importance et leur tenacité ont parfois été telles, qu'elles n'ont été calmées que par la prise de stupéfiants.

Beaucoup plus rarement, il s'agit de tuméfaction, précédant souvent de peu les douleurs (Observations 1 et 7).

Dans l'observation n° 4, une fracture pathologique signale la présence de la métastase. Quoiqu'il en soit, les fractures spontanées du cancer de l'oesophage s'observent moins fréquemment que dans les autres néoplasies. Le diagnostic, dans tous les cas, repose sur la prise de radiographies, à la recherche d'une zone lytique.

Exceptionnellement, un examen radiologique systématique du thorax fait découvrir une localisation costale évoluant à bas bruit. L'observation n° 11 illustre bien cette rare éventualité.

STRAUSS rapporte un cas d'envahissement hémicrânien massif, simulant un hématome post-traumatique.

Exceptionnellement aussi, des troubles moteurs ouvrent la scène clinique : paralysie du plexus brachial chez un malade d'APERT (in thèse de NOUAILLES) ; paraplégie dans un cas rapporté par TOURTET (thèse Paris en 1956).

oOo

CHAPITRE VIII

TYPES DES METASTASES OSSEUSES

En principe, le type radiologique des métastases osseuses du cancer de l'oesophage n'offre aucune particularité, et ne permet, en aucune manière, de rattacher l'aspect iconographique à son étiologie. Il s'agit, presque toujours, de lacunes régulières, ostéolytiques, sans réaction péri-osseuse. Rarement, il peut s'agir d'un trait de fracture, siégeant au sein d'une région lytique.

Toutefois, il faut connaître certaines images radiologiques trompeuses : géodes crâniennes multiples, faisant penser à un myélome, comme dans notre observation n° 13 ; érosion de la corticale, avec image en feu d'herbes, évocatrice d'un ostéosarcome ; lacunes "à l'emporte pièce".

Nous n'avons rencontré qu'un seul cas de condensation osseuse dans la littérature, celui rapporté par ROUSSEL et collaborateurs, dont le malade présentait une "vertèbre d'ivoire".

Dans nos observations, nous trouvons : 13 lésions ostéolytiques ; 2 lésions mixtes, à la fois lytiques et condensantes (Observations 3 et 8).

Nous pensons donc que la lésion plastique doit représenter l'exception qui confirme la règle. Tel n'est pas le cas de tous les cancers ostéophiles : nous relevons, par exemple, les chiffres communiqués par SUTHERLAND, sur 296 métastases osseuses du cancer de la prostate où la formule est inversée :

277 atteintes plastiques
14 atteintes mixtes
5 atteintes lytiques.

oOo

CHAPITRE IX

NOMBRE DES METASTASES OSSEUSES

Le cancer de l'oesophage frappe habituellement un seul os.

Plus rarement, les foyers sont multiples. L'observation n°14 en procure l'exemple, dans lequel 2 orbites sont atteintes. Dans l'observation n° 3, les métastases frappent les 3 os du genou droit. Dans l'observation n° 7, il existe un double foyer costal et claviculaire. Dans l'observation personnelle de la thèse de Thérèse DASSONVILLE-SERCY, nous retrouvons également 2 localisations osseuses chez un même malade : tête du péroné gauche, et lame gauche de la 5e vertèbre cervicale.

Il est aussi intéressant de constater que la présence de métastases osseuses semble faire baisser la fréquence des autres métastases à distance. Les poumons ont été deux fois atteints, observations n° 8 et 14. Nous n'avons retrouvé aucune hépatomégalie dans notre série. Or, n'oublions pas que les localisations hépatiques et pulmonaires sont beaucoup plus fréquentes que les métastases osseuses, dans le cancer de l'oesophage.

D'autre part, il ne semble pas exister de parallélisme entre le nombre des métastases et la durée totale de l'affection.

oOo

CHAPITRE X

EVOLUTION

L'évolution de la maladie, d'après nos statistiques, est de 11 mois en moyenne. Le chiffre correspond à celui que l'on cite habituellement pour le cancer de l'oesophage.

Si l'on calcule la moyenne de durée de la survie entre le diagnostic de métastases osseuses et la mort du malade, on trouve un peu plus de 4 mois, dans les cas de MARQUES. Pour nos malades l'évolution entre le diagnostic des métastases et la mort est seulement de 3 mois (Extrêmes : 1 mois et 6 mois). Dans une étude récente, ROBERT donne une survie moyenne de 6 mois.

Au total, cette survie n'est pas longue, mais il semble bien que l'existence des métastases osseuses n'aggrave pas le pronostic vital du patient. En effet, la mort n'est pas le fait des métastases osseuses, mais bien la conséquence de l'évolution de la tumeur primitive.

Il a été appliqué, à 5 malades, un traitement radiothérapique, dans le but d'atténuer les douleurs, en particulier rachidiennes. On peut conclure qu'il remplit cette fonction avec une certaine efficacité. La part de la composante psychique n'est certes pas à négliger. En tout cas, il est vraisemblable que les agents physiques n'arrêtent pas la destruction osseuse, même si les douleurs sont soulagées.

oOo

	NOM, AGE et SEXE Ev. de M.	SIEGE DE LA METASTASE	MODE DE PROPAGATION (M. VRAIES OU PAR CONTIGUITE)	DELAI D'APPARITION DES METASTASES DEPUIS LE PREMIER SYMPTOME	DEPUIS LE DEBUT DU Tt (M. REVELATRICES, CONCOMITANTES DU Dg. AU COURS DE L'EV. Tt)	SIGNES CLINIQUES DES METASTASES	Type des METAS (lytique, condensant, mixte)	NOMBRE DES METAS OSSEUSES	AUTRES QU'OSSEUSES	EVOLUTION DUREE DE SURVIE ENTRE Dg. et ☠ METASTASES OSS.	INFLUENCE DU Tt EVENTUEL
1	♂ SIM... 13 mois 60 ans	Genou gauche	Méta vraie	1 an au cours de	5 mois l'évolution Tt	Douleurs + tuméfaction	lytique	1	nodules de perméation cutanée	1 mois	/
2	♂ BAR... 58 ans } ?	Bassin (pubis droit)	Méta vraie	? au cours de	4 mois l'év. Tt	Douleurs	lytique, puis ébauche de réfection	1	0	4 mois	/
3	♂ PIN... 22 mois 55 ans	Genou droit	Méta vraie	16 mois au cours de	11 mois l'év. traitée	Douleurs	Mixte	- fémur - rotule	0	6 mois	/
4	♂ DE.V... 5 mois 52 ans	Cubitus gauche	Méta vraie	Simultanément Concomitantes du Dg	Tt 3 mois après Métastase	Fracture	lytique	1	Adénopathie s/cl droite	5 mois	RAS
5	♂ AND... 3 mois 51 ans	D_{11}	Contiguité	Concomitante du Dg	Rx Tt 2 mois après métastase	Douleurs	Lytique	1	Adénopathie	3 mois	RAS
6	♂ FOR... 14 mois 59 ans	D_7	Contiguité	11 mois Au cours de l'év. traitée	7 mois	Douleurs	Lytique	1	0	3 mois	↘ Douleurs
7	♂ BEG... 23 mois 50 ans	Clavicule et 1re côte gauche	Méta vraie	22 mois Au cours de l'év. traitée	5 mois	Tuméfaction	Lytique	- clavi- - 1re côte g.	Adénopathies	1 mois	/
8	♂ PEC... 23 mois 52 ans	Bassin (aileron sacré droit)	Méta vraie	19 mois Au cours de l'év. traitée	13 mois	Douleurs	mixte et condendensant	- aileron - tête fémoral droit	Adénopathie	5 mois	/
9	♂ DES... 7 mois 51 ans	Bassin (cotyle)	Méta vraie	5 mois Au cours de l'év. traitée	2 mois	Douleurs	Lytique	- cotyle droit 1	0	2 mois	/
10	♂ PUE... 11 mois 64 ans	C_7	Contiguité	10 mois Au cours de l'év. traitée	4 mois	Douleurs	Lytique	1	0	1 mois	RAS
11	♂ CAF... 7 mois 59 ans	(arc post. 4e côte gauche)	Méta vraie	2 mois Au cours de l'év. Tt	Simultanément	Rx systématique	Lytique	1	0	5 mois	/
12	♂ SAN... 8 mois 57 ans	(extrémité ant. ant. 7e 8e 9e côtes gauches)	Méta vraie	5 mois Au cours de l'év. Tt	3 mois	Douleurs	Lytique	3	Récurrent gauche	3 mois	/
13	♂ MER... 5 mois 48 ans	Crâne (région frontale)	Méta vraie	4 mois Au cours de l'év. Tt	3 mois	Douleurs	Lytique	1	Récurrent Adénopathie	1 mois	/
14	♂ RAY... 8 mois 60 ans	Crâne (orbites gauche puis droite)	Méta vraie	4 mois Au cours de l'év. traitée	Simultanément	Douleurs et s. oculaires	Lytique	2	Adénopathies	4 mois	/
15	♂ DUT... 6 mois 52 ans	L_3	Méta vraie	3 mois Au cours de l'év. Tt	2 mois	Douleurs et motricité au M I droit	Lytique	2	Rein	3 mois	↘ douleurs
Moyenne	≃ 55 ans 11 mois	4 rachis + 3 bassins + 2 crânes + 3 thorax + 2 genoux + 1 cubitus	12 métastases vraies 3 atteintes par contiguités	8 mois	4,5 mois	12 douleurs 1 Rx systématique 1 fracture 1 tuméfaction	13 lyses 2 mixtes 1 condensé			3 mois	

OBSERVATIONS PERSONNELLES

oOo

OBSERVATION N°1

- Monsieur SIM..., âgé de 60 ans.
- Présente une dysphagie progressive, en Janvier 1960.
- Consulte à l'Hôpital Broussais, en mai 1950.
- Les Radiographies du 26 mai 50 montrent une sténose située tiers supérieur de l'oesophage thoracique.
- L'examen n'objective ni hépatomégalie, ni adénopathies sus-claviculaires. Ailleurs, image thoracique normale.
- Nous n'avons pas les résultats de la biopsie.
- Lorsque le malade est envoyé au Centre des Tumeurs, les aliments liquides ne passent pas par voie haute. Toux et crachats fréquents. Le malade subit aussitôt un traitement par la cyclothérapie, centrée au niveau de la fourchette sternale.
- En janvier 1951, c'est-à-dire 5 mois après le début de la thérapeutique, apparition simultanée des nodules de perméation cutanée au-dessus de l'orifice de gastrostomie, et des métastases osseuses.

- En effet, le malade se plaint de douleurs au genou gauche ; de plus, la palpation perçoit un article tuméfié.
- Sur les clichés, lacune arrondie, de 2 cm de rayon, siégeant sur le condyle externe du fémur gauche, avec petite réaction périostée.
- Le malade meurt un mois environ, après le diagnostic de la métastase osseuse.

OBSERVATION N°2

- Monsieur BAR..., 58 ans.
- L'observation ne mentionne malheureusement ni la nature, ni la date du premier symptôme.
- Le malade est adressé au Centre des Tumeurs, le 22 septembre 1950, par le Dr DUBOST, pour un épithélioma du tiers moyen de l'oesophage.
- Les radios confirment, à ce niveau, l'existence d'une sténose étendue sur 5 à 6 cm.
- L'observation ne rapporte aucune donnée de la biopsie.
- Absence d'adénopathies sus-claviculaires ; le foie est de volume normal.
- On entreprend la cyclothérapie, dès le 22 septembre 1950.

- 4 mois après le début du traitement, apparition de douleurs pubiennes droites (Janvier 1951).
- En face du négatoscope, on peut facilement identifier une zone triangulaire ostéolytique, dont la base répond au bord supérieur du pubis droit, et qui, avec les douleurs pré-citées, signe la métastase osseuse.
- Un nouveau cliché, portant la date du 16 avril 1951, et comparé aux précédents, permet de distinguer une ébauche de réfection du bord supérieur de la branche ilio-pubienne droite.
- Le malade décède, le 18 mai 1951.

Fig. 1 - Sim...

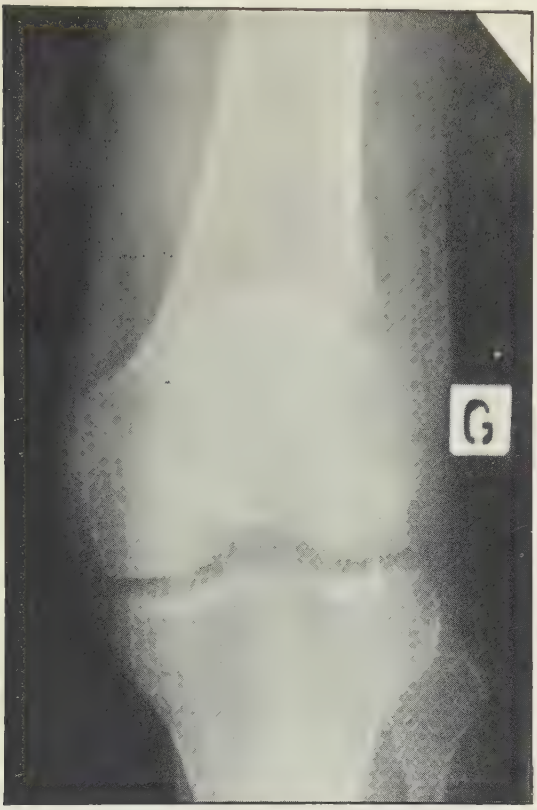


Fig. 2 - Bar...

OBSERVATION N°3

- Monsieur PIN..., âgé de 55 ans.
- Présente une dysphagie d'installation progressive, depuis août 1951.
- Est hospitalisé à Tours vers la mi-novembre, et est envoyé à Tenon le 11 janvier 1952, par le Dr. RUDLER, pour radiothérapie.
- Les radiographies du 17 janvier 1952 objectivent une sténose discrète de l'oesophage, à l'union de ses segments cervical et thoracique, s'étendant en bas sur 5 cm, et intéressant principalement la face postérieure ainsi que le bord droit.
- A la biopsie, on découvre un épithélioma spino-cellulaire typique.
- Du 15 janvier au 11 avril 1952, on entreprend la cyclothérapie. Au terme de ce traitement, l'alimentation est redevenue normale ; le malade a même repris ses activités professionnelles, depuis les 15 derniers jours de son traitement. Les clichés confirment cette amélioration sur le plan lésionnel.
- Malheureusement, on signale en décembre 1952, une reprise de l'évolution de la tumeur primitive : outre la récidive des troubles de la déglutition, les radios du 2 février 1953 indiquent que la zone lacunaire du tiers supérieur est devenue plus serrée, et qu'il existe une deuxième zone rétrécie au tiers inférieur, caractérisée par un aspect effilé et étiré ; entre ces deux segments sténosés, l'oesophage est légèrement dilaté.
- Ailleurs, on ne retrouve aucune adénopathie sus-claviculaire, ni aucune hépatomégalie.

- Parallèlement à la recrudescence des signes oesophagiens, le malade accuse des douleurs ressenties à la jambe et à la cuisse droites.
- L'extrêmité supérieure du tibia présente, sur les clichés, une image mixte de condensation et de lyse, avec un déficit de l'angle supéro-externe du plateau tibial ; le condyle externe du fémur et la rotule sont le siège d'une lésion lytique.
- Six mois après le diagnostic de la métastase, le malade meurt.

OBSERVATION N°4

- Monsieur DE V..., 52 ans.
- Le début de l'affection remonte en Avril 1953, par une dysphagie pour les aliments solides, ne s'accompagnant ni de régurgitations ni d'hypersialhorrhée.
- Un trimestre écoulé, le malade est confié au Centre des Tumeurs, le 4 juillet 53.
- A la Radio, lésion végétante siégeant à la partie moyenne de l'oesophage, dans la région de la crosse aortique.
- La biopsie confirme l'existence d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire.
- Dès ce stade, on retrouve une adénopathie sus-claviculaire droite.
- On institue la cyclothérapie, dès le 4 juillet 1953.

- Cette observation se singularise par la présence, en même temps que le maître-symptôme, d'une fracture pathologique du cubitus gauche, à l'occasion d'un mouvement banal, et se manifestant par des douleurs au foyer de fracture.
- Une radiographie du membre supérieur gauche met en évidence la métastase antibrachiale : trait situé au tiers moyen de la diaphyse cubitale, au sein d'une zone de lyse osseuse.
- On associe au traitement orthopédique habituel, la radiothérapie locale, à raison de 150 r par jour.
- L'évolution apparente de la maladie n'aura duré que 5 mois.

Fig. 3 - Pin...

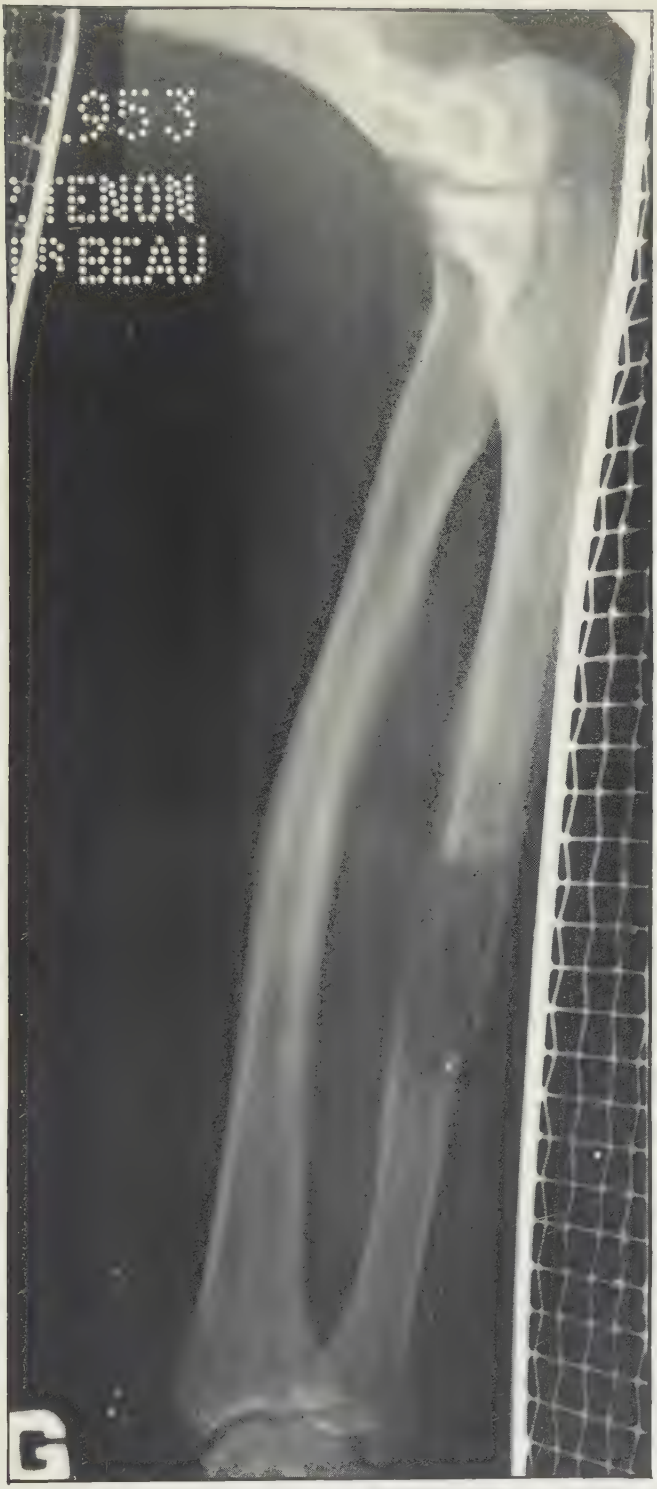


Fig. 4 - Dev...

OBSERVATION N°5

- Monsieur AND..., âgé de 51 ans.
- Apparition en février 1956 d'une difficulté à la déglutition des solides, d'une dysphonie, ainsi que d'un point douloureux dorsal, considéré à tort comme un "point de pleurite".
- Le malade consulte le Centre des Tumeurs, le 13 avril 1956.
- Le tableau se rapporte, en réalité, radiologiquement à une lésion végétante du tiers moyen de l'oesophage, étendue sur 8 cm, avec dilatation sus-stricturale modérée.
- Une oesophagoscopie, pratiquée peu de temps après, retrouve l'aspect classique du "choux-fleur".
- La biopsie confirme le diagnostic de malignité : "épithélioma malpighien très peu différencié".
- La cyclothérapie oesophagienne est entreprise, du 13 avril 1956 au 15 mai 1956.
- L'exploration des autres organes apporte des éléments péjoratifs du pronostic : adénopathie sus-claviculaire droite, indurée, non adhérente à la peau, indolore, et de la taille d'une noix ; la palpation retrouve également des ganglions axillaires droits, qui présentent les mêmes caractères de malignité. D'autre part, la lecture des clichés pulmonaires révèle une importante adénopathie hiliaire droite, et une opacité latéro-trachéale droite, correspondant vraisemblablement à des ganglions. Ailleurs, pas de gros foie.

- La persistance du point de côté dorsal à irradiations lombaires incite à réclamer, en mai 56, un cliché du rachis :
- Au niveau de la 11e vertèbre dorsale, qui fournit l'image caractéristique d'une "vertèbre borgne", il existe une ostéolyse responsable d'un déficit de l'angle supéro-externe du corps vertébral.
- Le 12 mai 1956, on propose de la radiothérapie centrée sur la vertèbre atteinte, 100 r par jour. Mais le malade meurt la semaine suivante.

OBSERVATION N°6

- Monsieur FOR..., âgé de 59 ans.
- Souffre depuis 2 mois d'une dysphagie, d'installation progressive, sans régurgitation, ni hypersialhorrhée. Pas de modification de la voix. Amaigrissement considérable.
- Le malade est envoyé au Centre des Tumeurs, le 30 janvier 58.
- Le repas baryté identifie une sténose, étendue sur 4 cm, à la hauteur de la crosse aortique ; on note, de plus, une dilatation minime en amont.
- L'oesophagoscopie visualise une sténose peu étendue, mais serrée ; bourgeon.
- La biopsie : "Les 2 fragments prélevés montrent une prolifération néoplasique, à la fois bourgeonnante et infiltrante. Il s'agit d'un épithélioma malpighien épidermoïde de l'oesophage, bourgeonnant et infiltrant".
- Bronchoscopie : saillie de la paroi postérieure des premiers cm de la trachée ; au-delà, aspect normal.
- La cyclothérapie est envisagée, dès le début de Février 1958.

- Le 22 septembre 1958, des douleurs thoraciques postérieures, à prédominance nocturne inquiètent le malade.
- Les radiographies du 18 octobre 1958 apportent la preuve de la métastase osseuse : tassement de la 7e vertèbre dorsale, qui conserve cependant une opacité quasi-normale.
- Nous nous proposons d'irradier D7, à raison de 150 r trois fois par semaine. La radiothérapie a considérablement atténué les douleurs.
- Mais, le malade décède en Décembre 1958.

Fig. 5 - And...

OBSERVATION N°7

- Monsieur BEG..., 50 ans.
- Le début des troubles remonte au mois d'octobre 1956, par des oesophagorragies. Ailleurs, le malade ne se plaint d'aucune dysphagie.
- L'étiologie de ces rejets sanglants est fournie sur les radiographies du 12 juillet 1957 : à la hauteur des hiles pulmonaires, existence d'une lésion végétante, étendue sur 6 cm, aux dépens de la paroi postérieure de l'oesophage.
- L'oesophagoscopie montre, à 28 cm des arcades dentaires, une sténose ulcéreuse bourgeonnante et hémorragique.
- La biopsie confirme le diagnostic de malignité : épithélioma malpighien spino-cellulaire infiltrant ; fragments très nécrosés.
- Monsieur BEG... est soumis à la radiothérapie, du 29 juillet au 30 novembre 1957.
- Mais deux mois avant le début de ce traitement, nous avons remarqué une tuméfaction à la partie antérieure et inférieure du cou, donnant une sensation très ferme à la palpation, bilatérale, cependant un peu plus marquée à gauche, où elle occupe le volume d'une mandarine. Cette masse diminuera progressivement de taille, sous l'effet de la cyclothérapie.
- L'examen ne retrouve pas de gros foie. Pas d'amaigrissement notable.
- Le 6 septembre 1957, on note un oedème en pellerine, avec circulation collatérale.
- D'autre part, le malade accuse, en Décembre 1957, des névralgies cervico-brachiales gauches, qui semblent dues à une compression du plexus brachial par une masse fibrosée, d'ailleurs retrouvée sur les clichés thoraciques, sous forme d'une opacité de faible tonalité au sommet gauche.
- Quant à la tumeur primitive, que n'accompagne aucune anomalie de la déglutition, elle évolue relativement longtemps, expliquant ainsi la dissémination cutanée : en effet, à la consultation du 2 avril 58, l'attention est attirée sur l'apparition de quelques éléments rosés dans la région pré-sternale.

- La survenue des métastases osseuses, enfin, est la plus tardive : en aout 1958, soit un an après la thérapeutique par les agents physiques, le malade est, à juste titre, intrigué par la formation d'une voussure importante de l'articulation sterno-claviculaire gauche.
- Les graphies montrent une lyse du tiers interne de la clavicule gauche et de l'arc antérieur de la première côte gauche.
- Monsieur BEG... ne survivra qu'un mois après le diagnostic de la métastase osseuse.

OBSERVATION N°8

- Monsieur PEC..., 52 ans.
- Le début de l'affection date de 6 mois, avec une gêne à la déglutition. Quatre mois après, l'anamnèse retrouve un épisode de rejet sanglant par la bouche.
- Le 17 février 1956, le malade est adressé au Centre des Tumeurs, par le Dr. LORTAT-JACOB.
- Les radiographies objectivent une lésion ulcéro-végétante, avec une niche centrale située à 2 cm au-dessous de la fourchette sternale, et étendue sur une hauteur de 6 cm.
- L'histologie précise l'existence d'un épithélioma indifférencié.
- Cyclothérapie du 18 février au 5 mai 1956.
- Une adénopathie sus-claviculaire droite est reconnue, le 6 juillet 56.
- Neuf mois plus tard, un cliché du poumon décèle une image en "lâcher de ballons", dans les 2 champs pulmonaires.

- En mars 1957, s'installe une sciatique droite, du type L5-S1.
- Les radios du squelette apportent la preuve des métastases osseuses : aspect vermoulu de l'aileron sacré droit ; sur les clichés du bassin, on aperçoit des nodules condensés dans la région sacro-iliaque droite, et au niveau de la tête fémorale droite.
- Résultats satisfaisants de la radiothérapie, qui diminue les douleurs.
- Le malade meurt 5 mois après l'identification de ses métastases osseuses.

OBSERVATION N°9

- Monsieur DES..., 51 ans.
- La dysphagie s'installe en Mars 1959, suivie d'une dysphonie, trois mois plus tard.
- C'est à cette époque, que le Dr. KLEIN envoie le malade au Centre des Tumeurs.
- Sur les Radiographies du 16 mai 1959, on découvre une lésion ulcéro-végétante, étendue sur 10 cm au niveau du tiers moyen de l'oesophage.
- A la biopsie, épithélioma malpighien spino-cellulaire kératinisant ; coexistance d'éléments inflammatoires polymorphes.
- On entreprend la cyclothérapie, le 8 juin 1959.

- En aout 1959, le malade souffre des douleurs de la face antérieure de la cuisse droite, responsables d'une certaine impotence fonctionnelle.
- Les clichés, pris le 26 septembre 1959, en fournissent l'étiologie : lésion ostéolytique occupant toute la région du cotyle droit, et la portion sus-cotyloïdienne de l'os iliaque.
- Le malade meurt le 4 octobre 1959, soit 2 mois après la survenue des douleurs crurales.

Fig. 8 - Pec...

Fig. 9 - Des...

OBSERVATION N°10

- Monsieur PUE..., 64 ans.
- Une dysphagie est apparue, en avril 1960.
- Le malade arrive dans le Centre des Tumeurs, le 27 octobre 1960.
- On ne découvre aucune image caractéristique sur les radios de l'oesophage, prises le 14 mai 1960. Par contre, une deuxième série de clichés, pratiquée le 29 juillet, met en évidence une sténose irrégulière du tiers inférieur de l'oesophage, étendue sur 5 cm, et n'atteignant pas le cardia. Il existe, en outre, une importante dilatation sus-stricturale.
- L'oesophagoscopie note un passage difficile, du fait d'une sténose, et un rétrécissement à 30 cm des incisives, bourgeonnant et saignant, ne permettant pas le passage du tube.
- Biopsie impossible
- L'importance des troubles de la déglutition impose la gastrostomie, le 13 août 1960.
- On traite la lésion oesophagienne par la cyclothérapie, du 27 octobre au 18 décembre 1960.

- Le 24 février 1961, le malade attire l'attention sur des douleurs, siégeant aux deux épaules, et irradiant au membre supérieur droit.
- Les radiographies osseuses révèlent un tassement du corps de la 7e vertèbre cervicale, dont la hauteur n'atteint que le 1/4 de celle des vertèbres adjacents.
- Le 6 mars 1961, apparaissent des troubles moteurs des deux membres supérieurs : ce déficit moteur correspond effectivetivement à la topographie radiculaire de C7.
- On préconise un traitement symptômatique, à base de radiothérapie locale : 150 r par jour, jusqu'à une dose totale de 1500 r.
- Mais, le malade meurt 10 jours plus tard.

OBSERVATION N°11

- Monsieur CAF..., 59 ans.
- La dysphagie débute en juillet 1960. Seuls les aliments semi-liquides et liquides passent.
- Le malade est admis dans le Service, le 14 septembre de la même année.
- Le transit oesophagien du 9 septembre 1960 objective une lésion ulcéro-végétant, à la jonction du tiers moyen et du tiers inférieur, avec présence d'un ganglion calcifié.
- Oesophagoscopie : sténose très infiltrée, bourgeonnante et hémorragique, à 30 cm des arcades dentaires.
- L'histologie retrouve un épithélioma malpighien peu différencié, infiltrant toute la sous-muqueuse.
- Bronchoscopie normale.
- La cyclothérapie est envisagée, du 14 septembre au 28 novembre 1960.

- La radiographie pulmonaire, réclamée de façon systématique et périodique, fait découvrir, le 14 septembre 1960, une ostéolyse de l'arc postérieur de la 4e côte gauche. Notons qu'à cette période, le malade n'accuse aucune douleur.
- Celle-ci n'apparaît, en effet, que le 2 novembre 1960, mais, en réalité, les algies dorsales paraissent en rapport avec la lésion néoplasique oesophagienne, et non avec la métastase costale.
- Le malade meurt, le 18 février 1961.

OBSERVATION N° 12

- Monsieur SAN..., 57 ans
- Le début des troubles remonte en décembre 1960, par une dysphagie, qui s'accentue de jour en jour. Un mois plus tard, apparaît une volumineuse adénopathie sus-claviculaire gauche.
- Le malade est envoyé dans le Service, le 20 février 1961, pour radiothérapie d'une lésion du tiers supérieur de l'oesophage thoracique.
- Le repas baryté offre l'image d'une sténose partielle de la lumière oesophagienne : les lésions s'étendent sur 10 cm environ, et leur centre se situe à la hauteur du bord supérieur du manubrium sternal.
- L'oesophagoscopie du 22 février 1961 révèle une sténose bourgeonnante très serrée, à 18 cm des arcades.
- Confirmation est demandée à la biopsie : épithélioma épidermoïde non kératinisant et infiltrant.
- A la bronchoscopie, voussure de la paroi postérieure de la moitié de la trachée ; la muqueuse a perdu son aspect normal, mais ne saigne pas.
- La cyclothérapie est entreprise, du 23 février au 5 mai 1961
- Un mois après le début du traitement, survient une paralysie du récurrent gauche.

- Le 5 mai 1961, c'est-à-dire le jour de la dernière séance de la radiothérapie, alors que le malade s'alimente mieux, il accuse de vives douleurs au niveau de l'extrêmité antérieure de la 8e côte gauche.
- Aucune anomalie n'est visible radiologiquement, à cette période.
- Cependant, la persistance de ce point de côté, qu'accompagne un cortège fébrile, nous incite à redemander, le mois suivant, un nouveau cliché thoracique, qui lève les doutes : sinus costo-diaphragmatique émoussé, et surtout petite zone opaque à la hauteur de l'arc moyen des 7e, 8e, et 9e côtes gauches.
- Trois mois après l'épisode douloureux, le malade décède.

OBSERVATION N° 13

- Monsieur MER..., âgé de 48 ans, est porteur d'un mégaoesophage, découvert à l'âge de 19 ans.
- Entre dans le Service, le 4 juillet 1962.
- En mai 62, survient brutalement une dysphagie très importante, provoquant une altération sévère de l'état général (amaigrissement de 17 kg en 2 mois)
- Les radiographies mettent en évidence, outre le mégaoesophage, une lésion sténosante du tiers inférieur de l'oesophage thoracique.
- A l'examen endoscopique du 19 mai 1962, mégaoesophage avec stase abondante, parois rigides à 36 cm des arcades.
- On pratique une biopsie, dont nous n'avons malheureusement pas les données.
- La bronchoscopie montre une muqueuse normale, mais avec des signes témoignant d'une bronchite chronique.
- On intervient, le 14 juin 1962, en vue d'une exploratrice et d'une gastrostomie, en raison de l'intolérance alimentaire excessive.
- D'autre part, le malade est soumis à un traitement par la cyclothérapie du 14 juin au 4 juillet 1962.
- Dès le début de la thérapeutique par la radiothérapie, on constate une paralysie récurrentielle gauche, ainsi que la présence de petits ganglions sus-claviculaires, fermes, indolores, mobiles et bilatéraux.

- Vers le 10 septembre 1962, des douleurs superficielles situées dans la région frontale font consulter le malade.
- Les clichés montrent plusieurs petites images lacunaires, dont une plus grande, allongée et oblique en haut, en dedans et en arrière ; elles sont groupées dans la région frontale, et répondent à la topographie des douleurs. Il est indubitable que le diagnostic de métastases osseuses n'aurait pas été évoqué, sur la simple vue du film radiologique.
- Le malade meurt, dans le mois qui suit les algies crâniennes.

OBSERVATION N°14

- Monsieur RAY..., 60 ans.
- Le début de la maladie est marqué par une dysphagie, apparue en décembre 1963, d'abord intense et élective pour les aliments solides, s'accompagnant de régurgitations lors des tentatives d'alimentation.
- Le malade est confié au Centre des Tumeurs, le 13 janvier 1964
- Les clichés du 21 février 1964 rattachent les lésions au type ulcéro-végétant (ménisque, à la radio) : la tumeur siège au tiers supérieur de l'oesophage thoracique, elle s'étend sur 6 à 7 cm, faisant suite à une légère dilatation en amont.
- L'oesophagoscopie eu 17 mars 1964 confirme une lésion qui se situe à 24 cm des arcades dentaires, sous forme d'un rétrécissement irrégulier très saignant au contact, typiquement néoplasique.
- La biopsie est pratiquée, mais le fragment retiré est trop insignifiant pour une lecture correcte sous le microscope.
- A partir du 28 avril 1964, le patient bénéficie du traitement au Cobalt 60, et ceci jusqu'au 2 juin 1964.
- Mais, une semaine avant l'application de cette thérapeutique, surviennent des céphalées, que nous allons commenter dans le paragraphe consacré aux métastases osseuses.
- Trois mois s'écoulent, et malgré l'intervention de la bombe au Cobalt, les poumons sont gagnés par l'expansion néoplasique : image en "lâcher de ballons", au sein des deux champs pulmonaires.
- Parallèlement, la dissémination ganglionnaire dans la cavité abdominale est rendue responsable d'un oedème bilatéral aux membres inférieurs, et des crises de subocclusion, cédant seulement aux lavements évacuateurs.

- Ainsi donc, le diagnostic de métastases développées sur l'os est contemporain au traitement par le Cobalt 60. Après un début insideux, marqué par des céphalées frontales, sus-orbitaires gauches, qui vont s'accentuant, l'examen comparatif note au niveau de l'oeil gauche : une diminution nette de l'acuité visuelle, dont se plaint d'ailleurs le malade ; un ptosis et un

oedème de la paupière supérieure gauche ; et, fait important, une exophtalmie incontestable.

- Alors que l'électro-encéphalogramme ne permet de conclure à aucune anomalie sur les tracés„ les clichés de face du crâne, lus attentivement devant le négatoscope, autorisent à parler de métastases : densification de tout le fond de l'orbite gauche, à l'exception du cadran supéro-externe (frontal), où il existe une plage ostéolytique.
- Un trimestre après l'atteinte orbitaire gauche, le malade signale des troubles de la vision ainsi que des douleurs, au niveau de l'oeil droit.
- Monsieur RAY... expirera, 4 mois après le début des symptômes oculaires.

OBSERVATION N°15

- Monsieur DUT..., 52 ans.
- Une dysphagie inaugure la maladie oesophagienne, en août 1962.
- Hospitalisation à Lariboisière, où l'on a pratiqué des radiographies de l'oesophage : il existe une sténose de 6 à 7 cm, située au tiers inférieur de l'oesophage.
- Le 12 septembre 1962, on intervient, à l'hôpital Beaujon, en vue de réaliser une anastomose oeso-gastrique. Le compte-rendu histologique de la pièce opératoire précise : épithélioma malpighien différencié, ulcéro infiltrant avec extension péri-oesophagienne, sans métastases dans les ganglions prélevés.
- Vers la mi-novembre, apparition d'algies lombaires, en rapport avec une métastase osseuse, comme nous allons le voir. D'autre part, une urographie intra-veineuse, réclamée en décembre 1962, montre une déviation en dedans de l'uretère droit, qui vient presque croiser la ligne médiane au niveau de la troisième vertèbre lombaire : il s'agit d'une propagation néoplasique au rein droit, comme l'attestera l'autopsie.

- Ainsi, la métastase osseuse s'est révélée, trois mois après le début clinique de la maladie, par des douleurs lombaires violentes et permanentes.
- Les radios standards du rachis, à cette époque, n'ont rien indiqué d'anormal. Pourtant, on peut observer, sur les tomographies, une lyse du pédicule de la 3e vertèbre lombaire.
- Ces signes inquiétants justifient l'admission du malade, dans le Service du Dr Rouquès, le 5 décembre 1962. L'examen neurologique note un très net déficit de la motricité du membre inférieur droit, une diminution notable du réflexe rotulien droit.
- Une semaine plus tard, la lésion vertébrale est soumise aux irradiations : si on peut constater un effet bénéfique de la radiothérapie sur le plan des douleurs, en revanche, la force musculaire du membre inférieur droit continue à décroître.
- Cette marche évolutive se retrouve d'ailleurs, lorsqu'on compare deux série de clichés : la première, datée du

16 décembre 1962, permet de distinguer un aspect flou du bord droit de L3 ; celle-ci présente, sur les radiographies prises 15 jours plus tard, un tassement au niveau du corps vertébral, à prédominance droite.

- A l'examen du 7 janvier 1963, le malade se plaint de douleurs intenses au niveau de la fesse droite, de la face antérieure de la cuisse, descendant jusqu'au tiers inférieur de la jambe droite, où elles s'arrêtent en bracelet. De plus, toute cette région est le siège d'une hyperesthésie cutanée.
- Exitus, le 25 février 1963.
- A la vérification nécropsique :

"= Cancer de l'oesophage, métastase latéro-lombaire droite, avec envahissement secondaire des corps ;

= Rein droit : métastase de la moitié inférieure, de 2 à 3 cm de diamètre

= Tout le rachis lombaire, au contact de sa moitié droite, baigne dans une cavité à parois mal définies, pleine d'un pus verdâtre, filant, assez épais. Cette cavité communique avec les corps vertébraux, dilacère le psoas, et va jusqu'au rein droit. Sur la face antérieure du rachis lombaire, tissu pathologique dont la dissection montre des petits abcès ou des nodules crus. A gauche, lésion bien moindres, mais il y a des abcès de petite taille contre le psoas. En arrière, les muscles vertébraux sont envahis par ce tissu, des 2 côtés. Est-ce simplement une métastase nécrosée ? Plus probablement, il s'agit de l'infection d'une métastase".

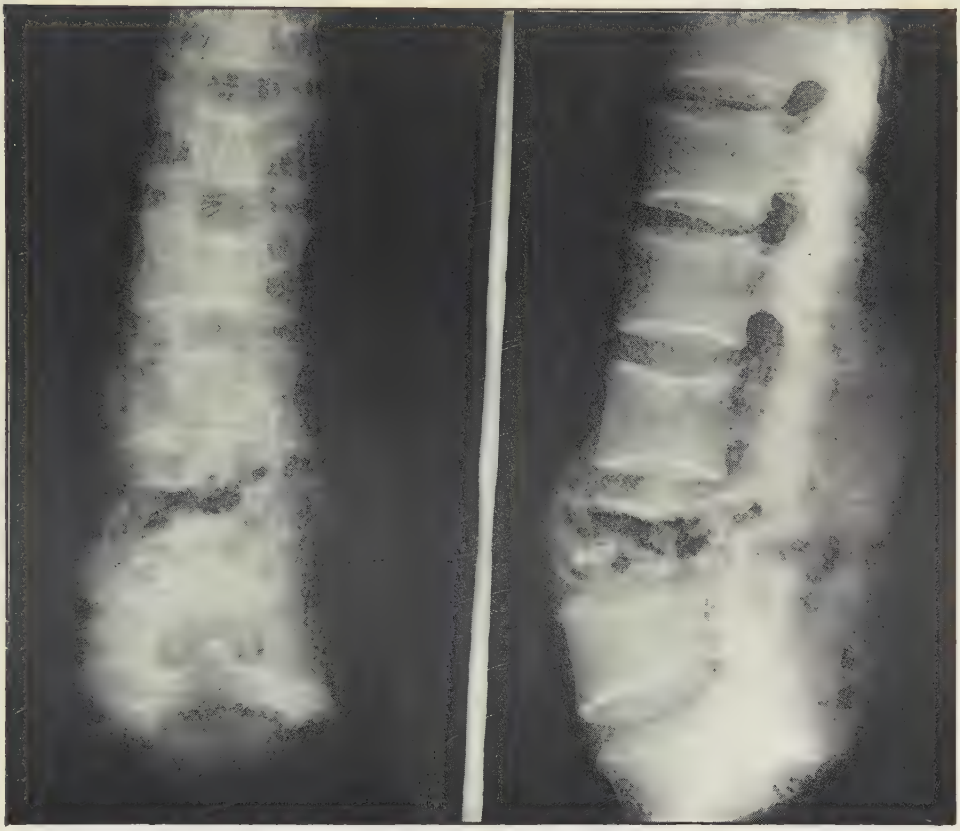


Fig. 15 - Dut...

CONCLUSIONS

Notre étude porte sur 15 observations personnelles, et sur des cas de métastases osseuses du cancer oesophagien recueillis dans la littérature mondiale.

Malgré les progrès thérapeutiques tendant à prolonger la survie des malades, les métastases osseuses du cancer de l'oesophage demeurent encore rares. En effet, leur fréquence se situe aux environs de 2 à 5 % durant la vie des patients, et de 5 à 10 % lors des vérifications anatomiques.

L'âge des malades n'intervient pas. On remarque, toutefois, que le sexe féminin semble plus préservé de cette atteinte osseuse que les hommes.

Le siège de la tumeur primitive, quand on examine les statistiques discordantes, n'influe pas sur la fréquence des métastases osseuses.

Le cancer de l'oesophage frappe surtout les os du rachis, de la ceinture pelvienne, du gril costal et du crâne. Il épargne les os des extrêmités des membres.

La propagation néoplasique, au niveau du squelette, se fait rarement par contiguité, plus fréquemment par la voie sanguine.

Les métastases osseuses révèlent exceptionnellement la tumeur oesophagienne. Et, à ce propos, il convient de souligner que le cancer de l'oesophage ne doit pas être écarté dans le diagnostic étiologique des tumeurs osseuses métastatiques. Elles apparaissent, parfois, en même temps que la dysphagie. Mais, dans la grande majorité des cas, elles surviennent au cours de l'évolution traitée : en moyenne, 8 mois après les premiers troubles de la déglutition, et trois mois après le début du traitement.

Les signes cliniques des métastases osseuses du cancer ont les mêmes manifestations que dans toutes les tumeurs osseuses. Ils précèdent, en règle, les signes radiologiques. Ces derniers revêtent le plus souvent l'aspect ostéolytique, les phénomènes ostéoplastiques étant beaucoup plus rarement rencontrés. En général, un seul os est touché par le processus néoplasique.

Tous les auteurs s'accordent à affirmer que les métastases osseuses n'écourtent pas la vie du malade. Malheureusement, la radiothérapie, la seule thérapeutique actuellement employée, ne constitue qu'un traitement symptômatique, en soulageant les douleurs des malades, car elle ne suspend pas l'évolution destructrice des os.

ooOoo

Vu le Président de Thèse :
Professeur Cl. OLIVIER

Vu le Doyen de la Faculté
Professeur G. CORDIER

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

AUBIN, EBSTEIN et NEVEU. -

Cancer de l'oesophage et métastase osseuse
Ann. oto-laryngol., 1953, 70, n° 5/6, 355-356.

ACKERMAN et REGATO. -

"Cancer" 2e édition 1954 - Mosby -

BERNARD P. & Coll. -

Etude de 229 cas de cancer de l'oesophage thoracique, suivis à l'Institut Gustave Roussy de 1948 à 1955.
Bull. Ass. franç. Etude Cancer, Juillet-Septembre 1956, 47, n°3, 296-330.

BRETTE (R.), SAINT-CYR (M.) et GAULENE (M.). -

Les métastases précoces du cancer de l'oesophage.
Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition.
49, n° 10, 1960, 1337-1345.

CREYSSEL (J.), de MOURGUES (G.), RICARD (R.) et SCHNEPP (J.). -

Métastases osseuses de cancers oesophagiens.
Lyon Chirurgical, février 1957, 593-596.

DASSONVILLE-SERCY Th. -

Les métastases osseuses du cancer de l'oesophage.
Thèse Lille, 1959, n° 103.

D'HALLUIN, BELLE et DESBONNETS. -

Cancer de l'oesophage révélé par une tumeur métastatique du coude.
Soc. Rad. Méd. de France, 10 juillet 1934.

DE RENTY. -

Les métastases à distance du cancer de l'oesophage.
Thèse Nancy 1936.

DESJACQUES (R.) et MOUNIER-KUHN (A.). -

Métastase claviculaire révélatrice d'un cancer de l'oesophage.
Lyon Chirurgical, octobre 1952, 47, n°7, 872.

FONTAINE (R.), WARTER (P.) et LANG (G.). -

A propos d'un cas de cancer de l'oesophage thoracique inférieur, jusque-là latent, révélé par une métastase osseuse dans un condyle du maxillaire inférieur. Mort rapide par généralisation osseuse et viscérale.
Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition.
Octobre 1961, 50, n° 10, 1050-1056.

LAINE, LEGRAND et ROUCOU. -

Sur un cas de tumeur crânienne révélant un cancer de l'oesophage.
J. Radiol. Electrol., 1954, 35, n° 7-8, 640-641.

MALLET (L.). -

Métastases osseuses et tumeurs malignes des os.

MARQUES (P.), AVERSENQ (E.) et BELOSSI (J.).

Une observation de métastase osseuse de cancer de l'oesophage.
Archives des Maladies l'appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition.
Février 1953, 42, n° 2, 203-205.

MARQUES (P.), COMBES (P. F.), MATERRE (P.) et REGIS (H.). -

Dix cas de métastases osseuses de cancer de l'oesophage.
Arch. Mal. App. Dig., mars 1964, 313-318.

MAILLARD (J-N.). -

Revue du Praticien.
1 avril 1960, n° 10.

NEUBERGER (F.). -

Les métastases du cancer de l'oesophage.
Arch. Ohren-Nasen-Kehlkopfh., 1953, 163, n° 2-6.

RAVEN. -

Carcinoma of the oesophagus.
The British Journal of Surgery.
1948, 36,70.

ROUSSEL, SCHUMACHER et PERNOT. -

A propos de trois cas de métastases osseuses du cancer de l'oesophage.
Revue Médicale de Nancy, 1956, 974.

SCHINZ, BAENSCH, FRIEDL, UEHLINGER. -

Roentgendiagnostics.
Vol II.

TOURTET. -

A propos de six cas de métastases osseuses du cancer de l'oesophage.
Thèse Paris 1956.

WOHL, PASTOR et KARR. -

Manifestations rares de cancer de l'oesophage.
New England J. Med., 1955, 252, n° 17, 702-705.

oOo

AGEMP